

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

FERNANDA FERREIRA

**DO ISOLAMENTO A REINserÇÃO SOCIAL: REFLEXÕES E
DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL**

FLORIANÓPOLIS
2004

FERNANDA FERREIRA

**DO ISOLAMENTO A REINserÇÃO SOCIAL: REFLEXÕES E
DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL**


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 08/12/04

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço social.

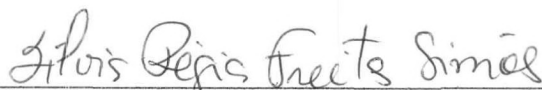
Profª Orientadora: Silvia Régia Freitas Simões

FLORIANÓPOLIS
2004

FERNANDA FERREIRA

**DO ISOLAMENTO A REINserÇÃO SOCIAL: REFLEXÕES E
DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL**

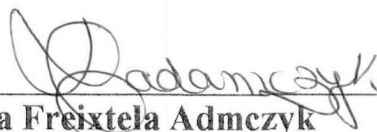
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Silvia Régia Freitas Simões

Orientadora

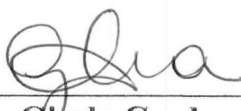
Presidente da Banca



Jaira Freixtela Admczyk

1º Examinador

Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina



Gisele Cunha

2º Examinador

Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial de Florianópolis

Florianópolis, novembro 2004

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por nunca ter me abandonado, embora muitas vezes eu tivesse pensado contrário.

Aos meus pais, Vanilda e Francisco, pelo amor, cuidado, dedicação e por estarem sempre presentes.

Aos meus irmãos, Fabrício e Flávia, pelo carinho e amizade de sempre, e também a minha cunhada, Angela, que eu amo como se fosse uma irmã.

Às minhas sobrinhas, Amanda e Clara, pelo carinho e por me fazerem sorrir sempre.

Ao Douglas, meu companheiro nestes quatro anos, pelo amor, pela amizade, pelo companheirismo, por nunca ter deixado de acreditar em mim e pela ajuda prestada na realização deste trabalho.

Aos meus tios, Paulo e Márcia, por terem sido como pais, não deixando que nada me faltasse.

Ao meu primo José Luiz, pela amizade e convivência.

À minha tia Mara, pela orientação na etapa final deste trabalho e também por estar sempre disposta a me ajudar.

Às minhas amigas de sala de aula, em especial à Fernanda Coelho, Vanessa, Edenise, Vera, Michelli, Marcela, Rosângela e Lia, com quem dividi alegrias, angustias, medos, o sonho e a esperança de que um mundo melhor é possível.

À Professora Silvia, pela orientação neste trabalho e pelos bons momentos de conversa e troca de experiências.

Aos meus amigos da Casa Chico Mendes, com quem tanto aprendi e de quem tanto sentirei saudades.

A todos os integrantes do Centro de Atenção Integral a Saúde Mental de Araranguá, que neste último ano fizeram parte da minha caminhada acadêmica e tornaram-se grandes amigos.

A todos vocês o meu muito obrigada!

FERREIRA, Fernanda. **Do Isolamento a Reinserção Social: Reflexões e Desafios para o Serviço social**. Departamento de Serviço social/UFSC. Florianópolis, 2004.

RESUMO

O presente trabalho objetiva ressaltar a importância de uma abordagem mais abrangente no campo da saúde mental. Foi elaborado a partir do estágio curricular obrigatório realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Araranguá e de aprofundamento teórico sobre saúde mental. Partiu-se do resgate histórico da saúde mental no Brasil e da assistência prestada à mesma até os dias atuais, observando que somente na última década o portador de transtornos mentais teve seus direitos assegurados. Faz-se também uma contextualização da saúde e da inserção do serviço social nessa área, particularmente na saúde mental. Apresenta-se o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental, onde o estágio foi desenvolvido, fazendo uma caracterização da instituição ressaltando as ações do serviço social, bem como das atividades realizadas pelo estagiário. Pontuam-se as considerações finais e propõem-se possíveis sugestões a título de contribuição.

Palavras – chaves: saúde mental, assistência, reinserção social.

*Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas
lutamos para que o melhor fosse feito...
Não somos o que deveríamos ser, mas graças a Deus,
não somos mais o que éramos.*

(Martin Luther King)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	10
1.1 A TRAJETÓRIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	15
1.2 A SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA	18
2 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL.....	21
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NAS ÚLTIMAS TRÊS DÉCADAS	24
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	29
2.2.1 Legislação em Saúde Mental.....	30
2.2.2 A Política de Saúde Mental em Santa Catarina.....	33
3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	44
3.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL	50
4 CAMPO DE ESTÁGIO – O CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL.....	52
4.1 O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL	55
4.2 ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE ARARANGUÁ	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS	61
ANEXO A.....	64

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso em Serviço social foi elaborado a partir da prática de estágio curricular obrigatório realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental, na cidade de Araranguá, e desenvolve-se com o aprofundamento teórico sobre saúde mental.

Pretende-se como objetivo ressaltar a importância de uma abordagem mais abrangente no campo da assistência à saúde mental. Abordagem esta que tornar-se-á realidade a partir da mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento e não apenas a partir de seu diagnóstico. É de fundamental importância compreender a reabilitação psicossocial como um conjunto de ações e intervenções produtoras de sentido, de valor social e trocas afetivas e materiais envolvendo além dos usuários, familiares e trabalhadores da área da saúde mental, a comunidade como um todo.

Pode-se estimar que, de uma maneira geral, 12% da população necessita hoje de alguma forma de atendimento em saúde mental. Em virtude disso muitos indivíduos têm seu modo de vida modificado e passam a viver parte de sua vida dependendo de algum tipo de assistência da rede de saúde mental. Além de fatores relativos à adaptação em um novo ambiente, com a evolução da doença, existe uma progressiva perda de recursos físicos e mentais, que refletem nos diferentes domínios na vida do indivíduo. Se ele estiver adequadamente assistido, o impacto destes fatores sob suas funções orgânicas (físicas), psíquicas e sociais poderão ser amenizadas. (COORDENAÇÃO. ESTADUAL. DE SAÚDE MENTAL, 2002).

Desta maneira é fundamental que se amplie o acesso ao tratamento em saúde mental, não aquele que defendia que o paciente com transtornos mentais deveria ser isolado da família e da comunidade, mas sim o tratamento que vem sendo discutido desde a 2ª Conferência Nacional

de Saúde Mental, que aconteceu em 1992 e teve como principal inovação a participação efetiva dos usuários e familiares, além dos técnicos e da sociedade em geral, sendo que esta propôs em seus marcos conceituais que “o processo saúde/doença deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades”. Usuários e familiares, deixam de ser apenas objetos de intervenção profissional e assumem o papel de agentes transformadores da realidade, participando e colaborando ativamente sobre as políticas de saúde mental.

Acredita-se que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil para ele, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. Pois quando uma pessoa apresenta um problema mental não apenas ela sofre, mas também toda a sua família e, assim, ambos precisam de apoio e acompanhamento. (OLIVEIRA e COLVERO, 2001)

Desta forma, entende-se a importância de trazer a tona um assunto que embora esteja tão presente na sociedade, ainda costuma ser camuflado por muitos. Partindo de estudos e discussões buscamos alcançar o que almejam aqueles que lutam pelos direitos dos portadores de transtornos mentais, que é uma política de assistência à saúde mental que possibilite ao portador de transtornos mentais reconhecer-se como pessoa autônoma e em pleno exercício de sua cidadania.

Em um primeiro momento será feito um resgate histórico de como é visto a “loucura” desde a chegada da família real portuguesa no Brasil até os dias atuais, e ressalta-se alguns fatos específicos do estado de Santa Catarina.

Em um segundo momento será contextualizada a saúde no país, trazendo a evolução do conceito de saúde até chegarmos no conceito atualmente utilizado pela Organização Mundial de Saúde.

Pontuaremos ainda as políticas de saúde existentes no Brasil nas últimas três décadas, dando ênfase às políticas de saúde mental e legislação referente à mesma.

No panorama estadual serão apresentadas as políticas de saúde mental de Santa Catarina, os desafios encontrados pela Coordenação Estadual de Saúde Mental e as estratégias propostas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental para superação destes desafios.

Este trabalho busca também enfatizar a importância da atuação do Assistente social interagindo na relação com as questões que envolvem a saúde, particularmente a saúde mental.

Na conclusão será apresentado breve relato da experiência de estágio curricular realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental de Araranguá, apresentando a caracterização da instituição, bem como as ações realizadas pelo serviço social dentro da mesma e as atividades desenvolvidas pela estagiária.

Finalmente, com base na experiência de estágio e no aprofundamento teórico serão feitas algumas considerações finais onde a título de sugestão e colaboração, particularmente para o Serviço social da instituição apontaremos sugestões com o intuito de tornar possível a efetiva reinserção do portador de transtornos mentais na família e nos diversos setores da sociedade.

1 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A maneira como a loucura é vista em todo o mundo foi se modificando com o passar do tempo.

Historicamente, a loucura apresenta-se como um fenômeno social interpretado de diversas maneiras. Aqui iremos ressaltar alguns fatos importantes da história da psiquiatria no Brasil.

Com a chegada da família real portuguesa no início do século XIX ao Brasil, ocorre aqui profundas transformações econômicas e políticas. Surge nesse período o primeiro hospício brasileiro, que está relacionado com o crescimento e a urbanização da cidade e principalmente com a necessidade de recolher os habitantes desviantes que perambulam pelas ruas. “As mudanças sociais e econômicas, no período que se segue, exigem medidas eficientes de controle social, sem as quais torna-se impossível ordenar o crescimento das cidades e das populações.” (AMARANTE, 1994, pg. 74).

Até o ano de 1830 os loucos eram colocados nos mesmos espaços que os outros desviantes, sendo encontrados em todas as partes: nas ruas, nas prisões e casas de correção, em asilos de mendigos, ou ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia.

Em 1830 uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza um diagnóstico que demonstra a situação dos loucos na cidade. A partir desse período, os loucos passam a ser considerados doentes mentais, necessitando assim, de espaço social próprio para reclusão e tratamento, tornando-se desta forma, objeto da nova especialidade médica – a Psiquiatria.

No ano de 1852 é inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, sendo que apesar da criação do mesmo, continuam, por parte dos médicos, as críticas aos maus-tratos e a ausência de cura dos doentes. O resultado dessas críticas, e o advento da proclamação da república levam à desanexação do hospício da Santa Casa de Misericórdia, que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados, ficando subordinado à administração pública.

O hospício deve ser medicalizado, isto é, deve ter em sua direção o poder médico, para poder contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isso se torna necessário para que se permita alcançar a respeitabilidade pública, da qual a medicina mental carece devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospício de Pedro II. Mas também para que o hospício se torne um lugar de produção e conhecimento.”(AMARANTE, 1994, pg 74).

No mês seguinte à desvinculação do Hospício Pedro II da Santa Casa é criada a Assistência Médico-legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela república. Na sequência são criadas as duas primeiras colônias de São Bento e de Conde de Mesquita. Ambas situavam-se no Rio de Janeiro e destinavam-se ao tratamento de “alienados” indigentes do sexo masculino. Logo após são criadas as colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio. Estas ações caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil e têm como objetivo a implantação do modelo de colônias, cujo propósito é fazer a comunidade e os loucos conviverem bem, em casa ou no trabalho.

No final do século XIX José Carlos Teixeira Brandão, que foi o primeiro diretor tanto da Assistência Médico-legal aos alienados quanto do Hospício Nacional de Alienados, cria a primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina e caracteriza sua gestão com a ampliação dos asilos.

Um inquérito levado a cabo no Governo Rodrigues Alves, no início do século XX, revela que o “Hospital Nacional é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização.” (MAIA apud FREIRE, 1976, pg 24). Neste período, no Rio de Janeiro, é criada a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, para mulheres indigentes, e são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e as obras do manicômio judiciário.

Rodrigues Alves decide então reformular a assistência psiquiátrica e nomeia Juliano Moreira o novo diretor do Hospital Nacional, sendo que este dá continuidade à criação de asilos, reorganiza os já existentes e busca a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional. Essa legitimação dá um importante passo com a primeira Lei Federal nº 1.132 de Assistência aos Alienados, que foi promulgada sob a influência de Moreira em 22 de dezembro de 1903.

Juliano Moreira ocupa o cargo de diretor do Hospício Nacional por 27 anos, até 1930, quando é destituído pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas. Moreira traz para o Brasil a escola psiquiátrica alemã, que por sua vez ocupa o lugar da escola francesa trazida por Teixeira Brandão.¹

A Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 por Gustavo Riedel, cristalizou o movimento da higiene mental e teve como objetivo inicial “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos”.(FREIRE, 1976, pg 31).

Segundo Amarante “a carta dos princípios da Liga constitui um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas”. (1994, pg. 78).

¹ Interessado em aprofundar o conhecimento sobre este tema: FREIRE, J. C.. **História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.

Na década de 30 surgem novas técnicas e tratamentos em busca da cura para as doenças mentais, como o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia.

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM, que passou a gerir a política de saúde mental.

O processo de psiquiatrização fortalece-se na década de 1950 com o aparecimento dos primeiros neurolépticos. É importante ressaltar que

[...] o furor farmacológico dos psiquiatras dá origem a uma postura no uso dos medicamentos que, nem sempre, é “tecnicamente orientada”, muitas das vezes utilizados apenas em decorrência da pressão da propaganda industrial, muitas das vezes por ignorância quanto aos seus efeitos ou às suas limitações, quando não como mecanismo de repressão e violência, ou ainda, como no caso dos manicômios, com o fito de tornar a intervenção mais tolerável, e os enfermos mais dóceis. (AMARANTE, 1994, pg.79).

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial surgem diversas experiências de reformas psiquiátricas, dentre as quais destacam-se as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e comunitária, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática. Uma característica comum a todas estas experiências no Brasil é a marginalidade. “São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo”.(AMARANTE, 1994, pg 79).

Na década de 1960 com a união dos institutos de aposentadorias e pensões é criado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, tornando a doença mental um objeto de lucro. Aumentam os números de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados. A Previdência Social chega a destinar 97% do total dos recursos da Saúde Mental para as internações na rede hospitalar. As propostas que buscavam alternativas não manicomiais encontraram grandes dificuldades.

Entre os anos de 1978 e 1980 teve início o movimento da reforma psiquiátrica que envolveu diversas instituições, entidades, movimentos e militâncias envolvidas com a formulação das políticas de saúde mental no Brasil.

Segundo Amarante “o movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a ‘crise da DINSAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental.” (1998, pg.51). Essa crise é deflagrada por uma denúncia, realizada por três médicos, das precárias condições de trabalho e violência contra os pacientes e também contra os funcionários. Além desta, eram freqüentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. A partir desta denúncia, profissionais de outras unidades passaram a mobilizar-se e a reunir-se periodicamente em grupo para discutir sobre a assistência à saúde mental. Surge assim, o Núcleo de Saúde Mental do sindicato dos médicos e o Núcleo de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES. Nasce também o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, cujo objetivo é ter um espaço não institucional, “um *locus* de debate e encaminhamento de proposta de transformação da assistência psiquiátrica [...]”. (AMARANTE, 1998, pg.52).

Ainda no ano de 1978 acontece o Vº Congresso Brasileiro de Psiquiatria, surgindo então a oportunidade de organizar nacionalmente os movimentos acima citados.

O segundo momento da reforma psiquiátrica no Brasil é o da trajetória sanitarista no início da década de 1980, quando grande parte do movimento da reforma sanitária e psiquiátrica passa a incorporar-se no aparelho do Estado. De acordo com Amarante “a influência das diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde faz-se sentir com maior ênfase neste momento, quando se ressaltam os planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária.”.(1998, pg.91).

Acontece em 1987 a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental e marca o início do fim da trajetória sanitaria e o início da trajetória de desinstitucionalização. Neste mesmo ano, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental lança o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Neste momento surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, em São Paulo, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS. Nesta trajetória passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o país.

1.1 A TRAJETÓRIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Segundo Amarante (1998, pg 75) a trajetória da desinstitucionalização “tem início na segunda metade dos anos 80 e se insere num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira”. Este é um período marcado por acontecimentos importantes na área da saúde, onde destacam-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ressalta-se também o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, como ficou conhecido o projeto de lei 3.657/89, que propunha a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial.

Neste período, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental direciona sua luta para a implantação de serviços efetivamente substitutivos às instituições psiquiátricas convencionais.

Surgem ainda, os CAPS (1987) e os NAPS (1989) que marcam o início de um processo onde foram “[...] criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial.” (AMARANTE, 1998, pg 83).

A partir da criação dos primeiros CAPS e NAPS, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação e o financiamento de outros serviços desta natureza, tornando tais serviços modelos para o país.

No início da década de 1990 é realizada a Conferência de Caracas que “cria um consenso entre os governos latinos americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal”. (BONASSA, 2003, pg. 13). Esta resultou na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, que abriu um novo espaço para a consolidação da reforma psiquiátrica no país.

Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominantemente, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1998, pg 77).

Contudo, faz-se necessário ressaltar que, embora seja evidente a importância dos acontecimentos e inovações nesta trajetória, novos problemas surgiram desde então. Segundo Amarante,

um deles refere-se aos novos serviços que, embora tenham apontado para uma nova tendência no que diz respeito ao modelo assistencial, chamou a atenção para ao aspecto da qualidade dos mesmos. Em outras palavras, percebeu-se que o fato de ser um serviço externo não garante sua natureza anti-manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional, [...]. (1998, pg. 84).

Por volta do ano de 1995, com a consolidação e ampliação da política neoliberal surgem entraves para maiores aprofundamentos nas reivindicações e discussões da reforma psiquiátrica. Estes entraves ficam claros quando Vasconcelos (2000, pg 29) ressalta que

tendo em vista o conservadorismo do bloco do poder e a consolidação de uma política neoliberal pelo governo FHC, principalmente após a saída do ministro da saúde Adib Jatene, tivemos no plano federal um verdadeiro bloqueio às tentativas de avanço da reforma através de novas portarias de serviços e programas (tais como o Programa de Apoio à Desospitalização - PAD), e um relativo esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério da Saúde.

Nos anos seguintes, com o sucesso e a difusão crescente do Programa de Saúde da Família – PSF, “volta a surgir na ordem do dia a questão dos cuidados em saúde mental comunitária possíveis de serem desenvolvidas nesse nível de atenção por essas equipes” (VASCONCELOS, 2000, pg. 29), assim como também o sistema de referência e contra-referência a serviços psiquiátricos mais complexos, partindo da lógica comprometida com a desinstitucionalização psiquiátrica.

Percebe-se também uma significativa mudança no perfil de participação no Movimento da Luta Antimanicomial, cada vez com maior participação de usuários e familiares nos encontros locais, regionais e nacionais do movimento.

A trajetória da desinstitucionalização é caracterizada, sobretudo, pelo surgimento de novos serviços, estratégias e conceitos em saúde mental, com o aparecimento dos CAPS, dos NAPS, das cooperativas sociais e da retomada da estratégia da reabilitação psicossocial (AMARANTE, 1998, pg 100).

1.2 A SAÚDE MENTAL EM SANTA CATARINA

Segundo Marca (2003, pg. 43) “a assistência ao doente mental em Santa Catarina seguiu os pressupostos que orientaram a assistência ao doente mental nas demais unidades da federação, diferenciando-se apenas no momento em que o estado passa a ocupar-se da assistência”.

A assistência à saúde mental em Santa Catarina inicia-se no ano de 1909, quando o Bispo Diocesano Dom João Becker concede ao Padre Lux a permissão para a construção de um hospital de “alienados” em Azambuja, no município de Brusque, que tinha como objetivo prestar assistência aos pacientes que viviam isolados, acorrentados em porões ou presos em suas próprias casas. Este hospital atendeu no período de 1910 a 1942, sendo dirigido e atendido pelas freiras da Irmandade da Divina Providência. Os tratamentos deste hospital “eram baseados em cordizol, malarioterapia, morfina, banho de água fria e eletrochoque.” (CORREA apud FENILI, 1999, pg 30).

No ano de 1941, no município de São José, é inaugurado o Hospital Colônia Santana, para onde foram transferidos os internos de Azambuja e outros internos provenientes de Joinville.

Segundo Teixeira (1993, pg 20) “naquele momento, assim como desde os primeiros anos da década de 30, a concepção predominante era a de grandes instituições manicomiais portadoras de um saber e uma técnica adequados ao atendimento dos doentes mentais, denominados então, de psicopatas”.

Na primeira metade deste século, o tratamento aos doentes mentais caracterizava-se predominantemente pela utilização de recursos fitoterápicos e por intervenções tais como insulinoaterapia, eletroconvulsoterapia e lobotomia. Os neurolépticos, medicamentos psiquiátricos

usados para inibir a sintomatologia psicótica, foram sintetizados em laboratório a partir de 1951 e comercializados em seguida.

A política de saúde mental neste período privilegia a internação como forma de assistência ao doente mental. Esta política, desenvolvida em concordância com a política nacional causa gastos elevados.

Na década seguinte amplia-se o número de leitos com a criação de três novos hospitais, sendo estes a Casa de Saúde Rio Maina, em Criciúma, o Instituto São José, na Grande Florianópolis e a Clínica Nossa Senhora da Saúde, localizada em Joinville, todos da iniciativa privada.

No início da década de 1970, foi criado o Manicômio Judiciário, “decorrente das implicações derivadas das internações referentes às prescrições jurídicas e também devido à ‘periculosidade’ destes internos, justificaram, desde então, a proposta da criação de um manicômio, subordinado ao poder judiciário, com explícita função carcerária.” (TEIXEIRA, 1993, pg. 21-22). Nesta mesma década foi criada a Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública.

A partir de 1975 as internações começaram a aumentar, sendo que Santa Catarina era um dos estados com a mais alta taxa de internações/consulta no Brasil.

Na década de 1980 o estado planejava obter leitos psiquiátricos em hospitais gerais e implantar ou reativar ambulatorios desativados.

A partir da década de 1990 surgem novas modalidades de assistência à saúde mental, que passam a representar uma alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional.

Segundo dados da Secretária de Estado da Saúde/Serviço de Saúde Mental, em 1997 Santa Catarina possuía 03 hospitais psiquiátricos e 40 serviços extra-hospitalares, em regime ambulatorial, sendo alguns já em regime de Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), isto é, adequados e cadastrados em consonância com as normas que o Ministério preconizou na década de 90.

Serviços como os supracitados, surgem como uma alternativa às internações em hospitais psiquiátricos e são decorrentes de movimentos, lutas e discussões à respeito da assistência em saúde mental, visando a desinstitucionalização.

2 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE NO BRASIL

No decorrer da história muito já se falou e escreveu a respeito da conceituação de saúde. Diversas correntes de pensadores defenderam suas idéias a respeito do tema até chegarmos ao conceito atualmente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

No início da civilização as práticas de saúde consistiam de medidas higiênicas. “Os conhecimentos sobre saúde, meios de minorar os males físicos, de eliminar as dores, surgiram da própria necessidade de continuar existindo”. (REZENDE, 1989, pg. 14). Neste período, por serem nômades, a vida dos homens estava diretamente relacionada ao meio-ambiente, ao ecossistema, pois dependiam destes para garantir a sobrevivência da espécie. De acordo com Rezende “o nomadismo primitivo se encarregava de disseminar as doenças, mas também os comportamentos em relação à elas.” (1989, pg.15).

Para o homem primitivo que visava apenas a satisfação de suas necessidades, as práticas de saúde eram relativamente simples. “A saúde era o estado de bem estar físico determinado pelo meio.” (SEEMANN, 2001, pg. 09).

Na época dos bárbaros, os homens viviam em aldeias e eram auto-suficientes, no entanto realizavam trocas entre diferentes aldeias. Trocavam objetos, viveres, informações e práticas, entre as quais algumas eram relacionadas à saúde. “As práticas de saúde eram também religiosas e se revestiam de rituais elaborados e trabalhosos.” (REZENDE, 1989, pg.26).

.O período medieval iniciou-se com o esfacelamento do Império Romano. A economia era baseada no trabalho escravo e caracterizava-se essencialmente pela produção agrícola.

Nos primórdios do período cristão, com o Império Romano enfraquecido, emergiu o poderio árabe e as destruições levaram o mundo ocidental a um estado de semi-barbárie. A maioria dos leigos era analfabeta e os conhecimentos sobre saúde estavam restritos ao clero. (REZENDE, 1989, pg. 48).

“Com o feudalismo (IV a XVIII), a caridade e a hospitalidade tornaram-se regras no cuidado com a saúde.” (SEEMANN, 2001, pg 11). Nessa época as ações de saúde eram restritas às práticas caseiras ou populares. Os mosteiros e conventos serviam de abrigo aos enfermos.

No auge da democracia grega, Hipócrates mencionou a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirmou que o médico não erraria ao tratar as doenças de determinada localidade quando tivesse compreendido adequadamente tais influências. Do mesmo modo, na primeira metade do século dezesseis, Paracelso salientou a importância do mundo exterior (leis físicas da natureza e fenômenos biológicos) para a compreensão do organismo humano. (DALLARI, 1995, pg. 17-18).

Durante a Revolução Industrial duas grandes correntes de pensamentos buscaram conceituar a saúde.

Em uma das correntes estava Engels, que estudando as condições de vida de trabalhadores, conclui que a cidade, o tipo de vida de seus habitantes, seus ambientes de trabalho, são responsáveis pelo nível de saúde das populações.

A outra corrente encontrava sua origem nos trabalhos de Descartes, que “ao identificar o corpo humano à máquina acreditou poder descobrir a ‘causa da conservação da saúde.’” (DALLARI, 1995, pg. 18).

O ambiente suscitado pela Revolução Industrial propiciava a discussão entre os apoiadores das duas correntes. De um lado grupo de trabalhadores que viviam em condições de miserabilidade ressaltavam a idéia de que a saúde é diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia. Por outro lado, com a descoberta de germes causadores de doenças, e a partir disso o desenvolvimento de remédios específicos, fortaleceu a idéia da corrente que conceituava a saúde como a ausência de doença.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, a sociedade sentiu a necessidade de promover um novo pacto. Desta forma a Organização das Nações Unidas – ONU fomentou a Declaração dos Direitos Humanos. Reconhecida como um direito humano, a saúde passou a ser objeto da OMS, que na sua constituição em 1946, conceituou a saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”.

No Brasil, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde não era direito de todos. A assistência médica era garantida apenas a quem tinha carteira de trabalho assinada e pagava a previdência social. Os demais cidadãos só recebiam assistência médica se pagassem, ou “se sobrasse dinheiro do Ministério da Saúde, dos Hospitais Universitários, dos governos estaduais e municipais para fazerem algum tipo de atendimento.” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001, pg. 5).

Nessa época o modelo de saúde que predominava no país era centrado na assistência médica, com considerável aumento dos serviços privados, principalmente hospitais, que se concentravam nas grandes cidades.

Surge então, no final da década de 1970 e início da década de 1980, um movimento constituído por profissionais da área da saúde, chamado de Movimento Sanitário. Neste mesmo período o CEBES apresenta uma proposta de reorientação do sistema de saúde, que já se denominava Sistema Único de Saúde.

Começam a surgir inúmeras experiências de reorganização dos serviços de saúde, algumas apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde.

No ano de 1982 o governo federal passa a firmar convênios com os estados e municípios repassando recursos. Criam-se as Comissões Inter-institucionais de Saúde – CIS e Comissões Inter-municipais - CIMS que foram a base do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

Em 1986 realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se discutiu a situação da saúde no país, sendo aprovado um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Esta conferência define ainda que

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (NOGUEIRA, 1995, pg. 118-119).

Nessa década ocorreram várias mudanças no sistema de saúde do Brasil. A OMS ampliou o conceito de saúde, passando a considerá-la não apenas a ausência de sintomas físicos, mas um conjunto que abrange os aspectos bio-psico-sociais do ser humano.

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL NAS ÚLTIMAS TRÊS DÉCADAS

Com a crise do setor saúde, no início da década de 1980, que se baseava na seguridade social e no modelo privatizante, o movimento sanitário adquiriu forças e novos adeptos, apresentando-se como forte reação às políticas de saúde implantadas.

O movimento sanitário, que remonta aos primeiros anos da ditadura militar, difundia um novo paradigma científico e com a introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde/doença e através delas o método histórico-estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender os processos, segundo Teixeira (1989), como a “determinação social da doença” e a “organização social da prática médica.” (RAMOS, 1998, pg.11).

Outrossim, o governo, a medida em que sofria pressão por parte do movimento, acaba por realizar concessões.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, além de fazer suscitar um conceito ampliado de saúde traz como inovação a discussão sobre o “direito à saúde, sistema de saúde e financiamento - com a participação da sociedade civil, processo que envolveu profissionais de saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos.” (BRASIL apud RAMOS, 1998, pg.11). Nesta conferência foi proposta a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, no entanto o Estado já havia antecipado a implementação do SUS, criando por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS que previa a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios, e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera do governo.

Em 1988 entra em vigor a nova Constituição Federal, que institui de forma ampla um sistema de seguridade social que forma um tripé composto por:

- Assistência social, destinada a atender quem dela necessitar;
- Saúde, destinada a atender toda a população;
- Previdência social, destinada a atender os contribuintes e seus dependentes.

Na área da saúde, a Constituição Federal de 1988 representou um grande avanço, sendo reconhecida internacionalmente como referência em termos de política de saúde. Em seu artigo 196, preceitua que

a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação.

Em relação ao SUS, a Constituição prevê em seu artigo 198:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

O SUS é caracterizado como um modelo de política de cunho social, dirigida para o reordenamento dos recursos e serviços na área da saúde e definida pelos seguintes princípios:

- Universalidade do direito e dever dos governos municipal, estadual e federal;
- Equidade no atendimento às necessidades específicas de cada grupo, classe social ou região;
- Integralidade das ações de prevenção, promoção e cura.

As diretrizes básicas para a operacionalização do SUS compreendem:

- Regionalização e hierarquização dos serviços;
- Resolutividade;
- Descentralização da gestão com comando único;
- Participação efetiva da população no controle das ações de saúde;
- Complementaridade do setor privado.

Em 1990 foi aprovada a lei nº 8080, chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição.

Na lei nº 8080/90 observamos que a descentralização político-administrativa é enfatizada na forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, que significa redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios. A organização dos Distritos Sanitários é uma das estratégias propostas para mudar o modelo assistencial e as práticas de saúde, com efetiva participação social. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001, pg. 8).

Foram promulgadas também as constituições estaduais e as Leis Orgânicas dos municípios, repetindo-se o processo de envolvimento da sociedade e pactuação entre as diferentes forças políticas observado na Assembléia Nacional Constituinte.

Apesar dos avanços alcançados, no início da década de 1990,

a conjuntura econômico-política passou a ser de fragilização do papel do Estado, diminuição do seu papel redistributivo, privatização (no caso da saúde, induzida por mecanismos de subsídios estatais diretos ou indiretos às empresas e pela regulação segundo a lógica de mercado) e focalização das políticas a grupos populacionais carentes e excluídos, mas frágeis do ponto de vista de sua capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado. (WESTPHAL, et al, 2001, pg. 38).

Em 1992 acontece a IXª Conferência Nacional de Saúde que teve como tônica das discussões a descentralização/municipalização do sistema de saúde, bem como o “controle social, de saúde em todos os níveis.” (RAMOS, 1998, pg. 16).

Logo após a conferência, a gestão da saúde foi assumida por um grupo técnico e político do movimento sanitário vinculado à vertente da descentralização e municipalização. Essa gestão assumiu politicamente o compromisso de lutar pela efetiva implantação do SUS.

A Xª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1996 e teve como tema central “Construindo Um Modelo de Atenção à Saúde Para a Qualidade de Vida”. Foi precedida de conferências municipais e estaduais, das quais emergiram questões relevantes, tais como as necessidades de:

- Recuperar e reforçar a crença da humanidade, no ser humano e nos valores éticos da solidariedade social e dos direitos de cidadania;
- Reconhecer as experiências exitosas de implantação do SUS que já está sendo concretamente implantado, em cumprimento aos preceitos constitucionais, com resultados otimizados para a população e estratégias mais eficientes de desenvolvimento do novo modelo assistencial;
- Recuperar o compromisso constitucional de seguridade social, definida como conjunto das ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar o direito à saúde, previdência e assistência social assim como o instrumento da sua realização – o orçamento da seguridade social, estar, no seu montante e na sua execução, vinculado à saúde;
- Os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde proverem a criação e o funcionamento democrático de conselhos de saúde nos âmbitos regional, distrital e de cada unidade prestadora de serviços ou conjunto de pequenas unidades, visando ampliar os espaços de controle social através de conselhos comunitários com resultados para a qualidade dos serviços prestados.

Nos anos que se seguiram à Xª Conferência Nacional de Saúde, foi dada continuidade à implementação das suas deliberações, principalmente pelo fato de o sistema apresentar graves problemas de caráter gerencial nos três níveis de governo.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Desde o início da década de 1990 ocorrem mudanças significativas no que se refere à política de saúde mental no Brasil.

Consolida-se a perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica e a diretriz básica para reorganização desta política é a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário/ambulatorial.

O principal documento norteador das políticas adotadas na área da saúde mental pelos governos dos países da América Latina foi a “Declaração de Caracas”, resultado da Conferência Regional Para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, em novembro de 1990. Esta declaração recomendou que os governos federais regulamentassem e viabilizassem a reestruturação da assistência psiquiátrica.

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional Para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, [...] solicitam aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a reestruturação da assistência psiquiátrica, assegurando assim, o êxito no seu desenvolvimento

para o benefício das populações da região. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, pg. 11).

A partir da Declaração de Caracas, surge um conjunto de portarias e leis que definem novas exigências em relação à assistência prestada a portadores de transtornos mentais.

2.2.1 Legislação em Saúde Mental

A portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 estabelece normas e diretrizes com relação ao atendimento ambulatorial e hospitalar aos portadores de transtornos mentais. A mesma, regulamenta também os CAPS e os NAPS, como unidades locais/regionais que contam com uma população adstrita e que oferecem atendimento intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional. Desta forma os CAPS/NAPS podem constituir-se em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental devendo integra-se a uma rede hierarquizada de cuidados em saúde mental.

Em 25 de agosto de 1994, é publicada a portaria nº 145 que estabelece a criação de um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor. “Esta portaria permitiu um canal de denúncias de maus-tratos praticados em instituições e a solicitação de vistoria e avaliação do Ministério da Saúde que, por sua vez, pode acionar as Secretarias Municipais e Estaduais”.(SCALZAVARA, 2004, pg. 41).

A portaria nº 147, de mesma data da citada anteriormente, regulamenta o projeto terapêutico de cada instituição de atendimento psiquiátrico e prevê que estas devem oferecer serviços diferenciados de acordo com a necessidade de cada paciente, tais como: avaliação médico-psicológica e social, atendimento grupal, abordagem à família, entre outros.

Com a portaria nº 1077, de 24 de agosto de 1999, o Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, resolve implantar o programa para aquisição de medicamentos essenciais para a área da saúde mental que deverão ser financiados pelos gestores federal e estaduais do SUS.

Ainda neste mesmo ano é aprovada a lei nº 9.867 que dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando a integração social dos cidadãos em desvantagem no mercado econômico, sendo que se consideram pessoas em desvantagem para os efeitos desta lei: “[...] II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente e os egressos de hospitais psiquiátricos; [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, pg. 13).

No início do ano de 2000 a portaria nº 106 estabeleceu e regulamentou a criação de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental no âmbito do SUS, sendo estes serviços entendidos como moradias ou casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

Em 6 de abril de 2001 foi aprovada a lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A referida lei traz em seu artigo 1º:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que se trata esta lei, são asseguradas sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, pg 15).

E em seu parágrafo único do 2º artigo enumera os direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades;
- II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, pg. 15).

Em 2002 realizou-se em Brasília o Seminário Nacional Para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico onde estabeleceram-se diretrizes que deram início a uma nova etapa na assistência aos portadores de transtornos mentais internados em hospital de custódia. O SUS e a rede de atenção à saúde mental passam a ser responsáveis pelo tratamento das pessoas submetidas à medida de segurança. “O Seminário estabeleceu um diálogo fundamental entre saúde e justiça. A manutenção dessas trocas, assim como a conquista de

outras parcerias são de extrema importância para a consolidação das ações propostas pela Reforma Psiquiátrica.” (SCALZAVARA, 2004, pg. 44).

Em julho de 2003 o Governo Federal cria o Programa “De Volta Pra Casa” que tem por objetivo contribuir para o processo de inserção social dos pacientes portadores de transtornos mentais internados em hospitais ou unidades psiquiátricas por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos. Esse programa institui um auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora da unidade hospitalar, sendo este garantido pela lei nº 10.708. A referida lei foi regulamentada através da portaria nº 2077 de 31 de outubro de 2003.

2.2.2 A Política de Saúde Mental em Santa Catarina

A política de assistência à saúde mental de Santa Catarina tem como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. Desta forma ela encontra-se integrada à política das outras áreas sociais como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania.

A política de saúde mental no Estado é formulada e executada de acordo com os fundamentos do SUS, ou seja, a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social.

Em Santa Catarina, mudanças consideráveis na área da saúde mental começaram a acontecer, especialmente, depois da promulgação da lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Essas

mudanças incluem como estratégias de ação, a descentralização, desospitalização, prevenção de doenças e promoção da saúde mental.

Desta forma,

a Secretária de Estado de saúde através da Coordenação de Saúde Mental, em consonância com os princípios do SUS e a política do Ministério da Saúde, tem dirigido seus esforços para incentivar a implementação de um conjunto de medidas educativas, preventivas, assistenciais e de reabilitação, garantindo assim, os direitos dos portadores de transtornos mentais, promovendo sua cidadania e favorecendo sua inclusão social. (COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, pg. 03).

No entanto, mesmo com tantos avanços nas políticas de assistência à saúde mental, o processo da Reforma Psiquiátrica Catarinense ainda enfrenta obstáculos, sejam eles, culturais, institucionais e políticos.

Para que a proposta da reforma seja consolidada, é essencial que o modelo de assistência adotado ultrapasse a política de fechamento dos macro-hospitais psiquiátricos. Faz-se necessário incentivar a criação de uma rede de assistência substitutiva, promover ações de caráter informativo e educativo para a população, “com vistas a legitimar a concepção do novo modelo de assistência em saúde mental” (COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, pg.03).

De acordo com a Coordenação Estadual de Saúde Mental, a política de saúde mental em Santa Catarina enfrenta ainda diversos desafios que devem ser superados, tais como, “falta de recursos humanos e materiais, aliado à necessidade de humanização dos cuidados prestados aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da

assistência, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento.” (2002, pg. 04).

Outra deficiência a ser superada na política de saúde mental do estado é a excessiva concentração de serviços em algumas regiões, enquanto que, em outras não existe sequer o atendimento ambulatorial a pacientes portadores de transtornos mentais. Segundo a Coordenação Estadual de Saúde Mental, “um outro agravante é que os tetos financeiros atuais são insuficientes para o atendimento das demandas e os critérios de repasse de recursos não refletem as necessidades locais e não respondem ao desafio da equidade, da garantia do acesso, da qualidade e da humanização da atenção.” (2002, pg.05).

Os desafios supracitados são apenas alguns dos problemas a serem resolvidos para que se consiga atingir os objetivos propostos pela política de saúde mental do Estado de Santa Catarina:

I – Incentivar a implementação de um conjunto de medidas educativas, preventivas, assistenciais e de reabilitação, garantindo assim, os direitos dos portadores de transtornos mentais, promovendo a cidadania e favorecendo sua inclusão social;

II – Incentivar a implementação de ações e Serviços Municipais de Saúde Mental que venham responder às necessidades dos usuários evitando formas de atendimento que restrinjam os direitos humanos e civis dos doentes mentais, segundo critérios estabelecidos. As ações e serviços devem ter por base a ampliação da rede de assistência extra-hospitalar diversificada e integrada à rede geral de serviços, com a substituição progressiva do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico. A expansão dos serviços extra-hospitalares e de novas modalidades assistenciais substitutivas (pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, integrados num sistema eficiente de referência e contra-referência), além de oferecer assistência resolutiva integral aos portadores de transtornos mentais, deve oferecer apoio e atendimento aos seus familiares. (COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, pg.05-06).

A Coordenação Estadual de Saúde Mental (2002, pg.07-48), aponta as diretrizes para reformulação da Política de Assistência à Saúde Mental no estado de Santa Catarina e as estratégias para operacionalização das mesmas.

1- Instituição de um grupo de trabalho para a coordenação geral das atividades afins: a constituição de comissões provisórias e permanentes instituídas pelo Secretário de Estado da Saúde têm como finalidade auxiliar a Coordenação Estadual de Saúde Mental a pôr em prática a Política Estadual de Saúde Mental realizando e emitindo relatórios técnicos contendo avaliações e propondo medidas de aperfeiçoamento; elaborando projetos; promovendo o acompanhamento administrativo físico financeiro dos convênios quanto à execução dos recursos alocados pelo Ministério da Saúde e sua respectiva contrapartida, dentre outros. Por meio da instituição de uma comissão permanente composta, de forma articulada, por diversos segmentos da sociedade torna-se possível acompanhar e auxiliar a implantação da política de saúde mental no Estado de Santa Catarina, destinada à grupos especiais. Essa comissão tem como tarefa, entre outras coisas:

- Organizar e implantar uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, articulada à rede de atenção psicossocial;
- Organizar os fluxos de referência e contra-referência entre os serviços da rede de assistência;
- Acompanhar o processo de reestruturação/criação/implantação/cadastramento dos CAPS;
- Auxiliar na implementação dos planos e programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos portadores de transtornos causados pelo uso abusivo de álcool e drogas;

- Discutir e propor formas de integração dos Hospitais de Custódia, das demais instituições de liberdade assistida e tratamento psiquiátrico com base nas diretrizes gerais da reforma psiquiátrica;

- Estabelecer um planejamento estratégico em conjunto com os demais setores sociais a fim de garantir a efetivação dos objetivos citados.

2 – Levantamento do perfil dos usuários e da rede de assistência em saúde mental no Estado: esse levantamento faz-se necessário devido a grande procura por internações em saúde mental. Desta forma, torna-se fundamental verificar que tipo de atendimento à saúde mental está sendo oferecido nos municípios, que faz com que um número considerável de pacientes e familiares recorram às unidades hospitalares.

O perfil da rede de assistência permitirá conhecer a magnitude e a importância dos problemas, as necessidades e as demandas dos serviços oferecidos, as características e a distribuição de recursos já existentes. Possibilita ainda, gerar dados quantitativos e qualitativos mais precisos sobre a saúde mental nos municípios; identificar a magnitude das ações terapêuticas; fornecer informações sobre como as ações em saúde mental variam na população. Estas informações servem de base para a reformulação de atitude e ações que corrijam possíveis distorções neste campo de conhecimento.

A Política Estadual de Saúde Mental prevê o cadastramento de todos os usuários das Unidades Ambulatoriais cadastradas no SUS. Este levantamento permitirá agilizar a dispensação dos psicofármacos de forma integral, segura e racional, associada ao contexto universal das demais terapias.

3 – Redirecionamento da rede de assistência em Saúde Mental na Estado de Santa Catarina:

O redirecionamento da atenção à saúde mental no estado está diretamente associada à reconfiguração do modelo de assistência, que visa a potencialização da rede básica e da rede comunitária de atenção, e a utilização das internações para os casos em que tiverem sido esgotadas todas as outras possibilidades de intervenção. (COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, pg 11).

A atenção básica deve compreender um conjunto de ações articuladas ao Programa de Saúde Mental tendo como essência o acolhimento, o vínculo e o respeito às diferenças de cada paciente. A rede comunitária de atenção tem como finalidade incentivar iniciativas de reabilitação psicossocial na área de trabalho, moradia, lazer, entre outros, oferecendo suporte clínico e de reabilitação ao paciente e aos seus familiares.

Em relação à atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, esta deve basear-se numa rede de dispositivos comunitários, articulados à rede de assistência à saúde mental e aos princípios da reforma psiquiátrica.

No que diz respeito à população prisional, a Política de Saúde Mental deve prover ações de atenção integral que visem:

- A prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento;
- Proporcionar diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde mental dos internos;
- Promover atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Programas de atendimento centrados na reabilitação psicossocial para os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

A Coordenação Estadual de Saúde Mental ressalta que

o redirecionamento da rede de atenção tem como objetivos a organização de serviços, baseada nos princípios de universalidade, hierarquização,

regionalização e integralidades das ações e da Reforma Psiquiátrica, distribuindo de forma equilibrada e equânime a assistência nos vários níveis de complexidade assistencial, em função dos recursos disponíveis e da necessidade da população, com base na legislação vigente. (2002, pg. 12).

De acordo com a concepção de redirecionamento da atenção à saúde mental, a Coordenação Estadual de Saúde Mental traz como propostas:

- Promover ações de prevenção em saúde mental por meio de atividades desenvolvidas por diversos setores da sociedade destinadas a este fim;
- Estabelecer juntamente com a rede básica, uma rede de apoio à saúde mental, preferencialmente por meio da estratégia de saúde da família;
- Priorizar as ações de cuidado primários de saúde mental nas unidades básicas de saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de co-morbidade;
- Incentivar o atendimento domiciliar pela rede de assistência;
- Fortalecer e incentivar ações da rede de saúde mental, com incremento e ampliação dos Programas de Saúde Mental, CAPS, Oficinas Terapêuticas, cooperativas de trabalho, serviços de urgência e leitos em hospitais gerais;
- Incentivar a rede de assistência a criar espaços de promoção à saúde mental;
- Realizar ações de atenção ao paciente e familiares de forma integral;
- Criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS;
- Criação de hospitais-dia integrados a uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção em Saúde Mental;

- Criação de programas e serviços de assistência e de atendimento específicos para crianças e adolescentes;
- Incentivo a implementação de parcerias com empresas e entidades nos Municípios, viabilizando a reabilitação profissional, através de cooperativas de trabalho e associações.

4 - Capacitação de recursos humanos: de acordo com a Coordenação de Saúde Mental, o grande problema para a gestão do SUS nos municípios é a falta de recursos humanos especializados e capacitados. Isso ocorre devido a diversos fatores, tais como: falta de vagas para algumas categorias; impossibilidade de preenchimento em outras, por falta de atrativos econômicos e/ou locacionais; falta de uma política que estimule a permanência do profissional nos municípios do interior; baixa remuneração.

Desta forma, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações de capacitação de recursos humanos sob a nova óptica de assistência norteado pela reforma na saúde mental. “A formação dos recursos humanos em saúde mental tem por objetivo a capacitação para desenvolver ações de educação, prevenção, tratamento e e reabilitação nas áreas de transtorno mental e dependência química.” (COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, 2002, pg. 37).

Algumas das estratégias propostas pela Coordenação Estadual de Saúde Mental para fazer frente a estes desafios são:

- Elaborar projeto de capacitação de recursos humanos para dar suporte ao redirecionamento da rede de assistência;
- Montar equipe de capacitação com cursos de aperfeiçoamento;
- Implantar Programa de Educação Continuada para profissionais que já atuam na área de saúde mental;

- Viabilizar projetos para capacitação de recursos humanos em caráter de urgência para a rede básica, média e de alta complexidade;
- Viabilizar cursos permanentes para capacitação de profissionais dos programas de saúde da família, programas de agentes comunitários de saúde, membros do Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Civil e da Polícia Militar para prestar o primeiro atendimento ao portador de transtorno mental;
- Fomentar estágios na área da saúde mental nos diversos níveis de complexidade visando ampliar a visão de atendimento sob a nova concepção de assistência;
- Realizar reuniões periódicas da equipe de saúde mental dos municípios para troca de experiências, discussão de casos e supervisão;
- Estimular a inclusão, nas equipes profissionais, de trabalhadores de arte, cultura e educação, no sentido de contemplar outras modalidades de atendimento essenciais para a qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos mentais.

5 – Viabilização de recursos terapêuticos: tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência à saúde mental, torna-se fundamental que toda unidade de assistência elabore seu projeto terapêutico, sendo que este deverá conter as atividades citadas na Legislação de Saúde Mental. São elas:

- Atendimento individual (medicamentos, psicoterapia breve, terapia ocupacional, educação física, entre outros);
- Atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- Abordagem à família incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento;

- Preparação do paciente para participar dos programas de atenção compatíveis com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, CAPS, ou hospital, quando necessário), garantindo a continuidade do tratamento;

- Atividades terapêuticas como oficinas, cooperativas de trabalho, etc.

6 – Criação de mecanismos de supervisão, controle e avaliação: em consonância com o novo modelo de assistência em saúde mental, emergiu a necessidade, entre outras medidas, de:

- Incrementar a qualidade da atenção prestada;
- Estimular práticas terapêuticas alternativas;
- Ampliar o acesso da população;
- Participar de mecanismos permanentes de controle e avaliação das ações e serviços desenvolvidos na área da saúde mental.

Desta forma, propõe-se:

Instituir no âmbito do SUS, um programa permanente de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental no estado, que deverá desenvolver diversas atividades, entre elas:

- Prestar assessoria especializada sistemática aos municípios para a implementação de políticas e serviços de atenção integral à saúde mental, segundo a concepção do novo modelo de assistência;
- Avaliar a assistência, dentro do contexto do sistema global de atenção, promoção e recuperação da saúde mental;
- Avaliar e analisar projetos que busquem alternativas assistenciais na área da saúde mental;

- Emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propor medidas corretivas e de aperfeiçoamento do respectivo sistema de assistência em saúde mental.

7 – Levantamento de recursos financeiros e/ou tecnológicos: para que isto ocorra, a Coordenação Estadual de Saúde Mental, propõe:

- Elaborar projetos para captação de recursos financeiros e tecnológicos;
- Determinar alocação dos recursos financeiros e tecnológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde;

- Promover o acompanhamento administrativo e financeiro dos convênios quanto à execução dos recursos alocados pelo Ministério da Saúde e sua respectiva contra-partida.

8 – Controle Social – informação, educação e comunicação: para que o controle social realmente aconteça, e desta maneira efetive os processos de descentralização, democratização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde mental tem-se como prioridade as políticas de informação, educação e comunicação coerentes com a Política Nacional de Saúde Mental.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Atualmente o serviço social, juntamente com outras categorias profissionais, é reconhecido como um profissional da saúde, embora muitas vezes ainda não se reconheça com tal.

Para entendermos como aconteceu a inserção do Serviço social na área da saúde e a maneira como são estabelecidas as relações de trabalho e de micro-poder que envolvem os profissionais nesta área, é necessário que façamos uma breve retrospectiva da profissão de serviço social no último século.

De acordo com estudos realizados por Bravo (1996), a inserção do Serviço social em hospitais aconteceu no início do século passado, sendo que estes profissionais tinham como finalidade “fortalecer a personalidade do doente” e realizavam também, a função de assistente dos médicos. No entanto Bravo (1996, apud MATOS, 2003, pg.36) ressalta que “historicamente a atuação do serviço social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (serviço social de caso), sendo a preocupação com a saúde, como uma questão política, explicitada no seio da categoria somente na virada da década de 1980 pra 1990”.

Para Vasconcelos (2000), que analisou a formação dos assistentes sociais nas primeiras escolas brasileiras de serviço social, localizadas no Rio de Janeiro e em São Paulo, esta formação foi fortemente influenciada pelo movimento da higiene mental, “que dá ênfase à psiquiatria que se preocupa com a causa e a gênese da doença em lugar dos sintomas e sinais desta.” (SEEMANN, 2001, pg. 27). O autor ressalta ainda que,

[...] a constituição do Serviço social como profissão no Brasil é marcada tanto pela vertente doutrinária católica quanto pela influência do movimento de higiene mental, por abordagens com ênfase nos aspectos individuais e psicológicos de problemas com dimensões políticas, sociais e econômicas mais amplas, construindo uma clara estratégia de hiperpsicologização e individualização normatizadora e moralizadora da força de trabalho e da população em geral, como estratégia de estado, das elites empresariais, da Igreja Católica e da corporação médica. (VASCONCELOS, 2000, pg.185).

Na década de 1970 o Brasil vive sob o regime autoritário instaurado pelo golpe militar de 1964. Nesta década inicia-se o movimento sanitário. Neste cenário está o serviço social, recebendo influência desta conjuntura e passando por um processo interno de revisão, que fundamenta seu debate em três diferentes vertentes, segundo Netto (1996, apud MATOS, 2003, pg.87), são elas: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura. O processo de renovação do serviço social está diretamente articulado às questões colocadas pela autocracia burguesa.

Sabe-se, que a profissão de serviço social surge ideologicamente vinculada à doutrina da Igreja Católica, “ou seja, desde seu nascedouro, o serviço social está distanciado dos setores progressistas da sociedade no Brasil”. (MATOS, 2003, pg. 87).

Embora alguns profissionais, influenciados pelo movimento de reconceituação, realizassem constantemente debates em torno das práticas assistencialistas e ajustadoras e da pretensão de neutralidade científica, a repressão do regime militar não permitiu que fossem difundidas no país idéias que questionassem a estrutura de poder, a sociedade de classes e as práticas sociais inspiradas no marxismo. Seemann (2001, pg. 30) enfatiza que “somente na década de 1970, a bibliografia produzida pelo movimento de reconceituação da América Latina penetrou no país, fortalecendo o debate”.

Na visão de Vasconcelos (2000, apud SEMANN, 2001, pg. 30), “o serviço social nas décadas de 70 e 80 foi fortemente influenciado pelo sanitarismo e pela tendência preventiva no trato das questões sociais”.

A ação dos assistentes sociais na saúde acontece em dois ministérios: Saúde e Previdência Social. No Ministério da Saúde não havia uma coordenação geral e as ações aconteciam de forma fragmentada. No Ministério da Previdência Social, havia uma coordenação de Serviço social em nível nacional, que defendia princípios norteadores da ação, que possibilitava que estas acontecessem de maneira articulada.

A ação profissional do serviço social na área da saúde era baseada basicamente na atuação psicossocial junto a pacientes e familiares. Não era enfatizada a saúde comunitária e a saúde coletiva, embora possibilitasse o engajamento dos assistentes sociais no movimento sanitário, não se constituía como espaço de intervenção profissional.

Bravo (1996, apud MATOS, 2003, pg. 88), realizando uma análise do serviço social ressalta que “o serviço social na área da saúde chega à década de 80 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, enquanto categoria, completamente desarticulado do movimento da reforma sanitária e, com isso, sem nenhuma ocupação explícita na máquina do Estado (segundo o encaminhamento da reforma sanitária), e com uma insuficiente produção ‘as demandas postas à prática em saúde’”.

A autora ressalta ainda que

o assistente social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno e sua ação está diretamente relacionada à do médico, atuando geralmente de forma ‘assistencial’ na saúde pública e no ‘ajuste’, desde a emergência do predomínio do modelo ‘clínico’ na medicina. Mesmo com o surgimento das propostas racionalizadoras e reformadoras para o setor, a contribuição dos assistentes sociais foi reduzida, continuando sua ação de caráter residual. Entretanto, existem grupos de assistente sociais que criticam a prática

desenvolvida pela categoria. Alguns têm caído numa polarização reducionista, pautando-se uns no discurso da ‘impotência’ e outros com propostas ‘voluntaristas’. Por outro lado, surge no interior do movimento da categoria um terceiro grupo, que de forma mais conseqüente, procura trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida x objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros. (BRAVO, 1996, pg. 16).

Na década de 1990 o serviço social caracteriza-se por avanços construídos por um grupo de profissionais que aderiram à tendência intenção de ruptura, tanto no aspecto político, como no institucional e no acadêmico. Embora não tenha sido aceita hegemonicamente por toda a categoria profissional, foi essa tendência, segundo Netto (1996, apud MATOS, 2003, pg. 89), que “animou e direcionou os avanços, conquistando assim a hegemonia no debate profissional”.

Faz-se necessário lembrar que “a política de saúde neste momento apresentava três aspectos centrais: a politização da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança da realidade e das políticas institucionais” (SEEMANN, 2001, pg. 35).

Embora na década de 1990 o serviço social ainda continuasse desarticulado do movimento sanitário, no que se refere ao debate sistematizado do serviço social na saúde houve grandes avanços. Vários artigos foram publicados sobre a temática e diversas vezes o assunto foi objeto de estudo em dissertações de mestrados e teses de doutorado. Ainda nessa década foram realizados diversos encontros que trataram explicitamente da temática “serviço social e saúde”.

A resolução nº 38 do Conselho Nacional de Saúde, de 4 de fevereiro de 1993 dispõe sobre a inserção do serviço social como uma categoria profissional da área da saúde. Ressalta que, de acordo com o texto constitucional (art. 194 ao art. 198), a prestação de serviços de saúde abrange de forma indissolúvel a assistência social. Salienta ainda que a ação do serviço social na área da saúde justifica-se pelo conceito de saúde estabelecido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e ratificado na Constituição de 1988:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

O Conselho Nacional de Saúde, através da resolução salienta ainda que,

A literatura e a prática do serviço social desenvolvida no campo da saúde tem mostrado quanto as doenças estão relacionadas com situações de pobreza. [...] assim, exigem, portanto a abordagem de um especialista capacitado para atuar nas questões sociais oriundas das relações sociais que afetam a saúde. [...] o serviço social se insere, portanto, na equipe de saúde como profissional que articula o recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde. O assistente social, como profissional de saúde, tem como competência intervir junto aos fenômenos socioculturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, seja a nível de promoção, proteção, e/ou recuperação da saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1993).

Bravo (1998, apud MATOS, 2003, pg.95) sustenta que, há na saúde, atualmente, dois projetos políticos em disputa, sendo que os dois apresentam diferentes requisições para o serviço social. São eles:

- Projeto privatista, que exige do assistente social: seleção sócio-econômica dos usuários, com vistas à exclusão; atuação psicossocial através de aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo, através da ideologia do favor; predomínio de práticas individuais, atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução de gastos; ‘inovações gerenciais’ articuladas às técnicas de auto-ajuda, que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos.

- Projeto da reforma sanitária, que apresenta como demandas para o assistente social: a construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca de democratização do acesso aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Diante do exposto, torna-se claro que o projeto da reforma sanitária é o que vai ao encontro do projeto ético-político profissional do serviço social e do código de ética do mesmo. Iamamoto (2001) enfatiza que, a consolidação do projeto ético-político profissional dos assistentes sociais na sociedade capitalista em que vivemos atualmente, onde imperam o consumismo, o individualismo possessivo, onde a lógica contábil e financeira se impõe e sobrepõe às necessidades e direitos humanos e sociais, requer

[...] remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade. Teimamos em reconhecer a liberdade como valor ético central, o que implica desenvolver o trabalho profissional para reconhecer a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, reforçando princípios e práticas democráticas. Aquele reconhecimento desdobra-se na defesa intransigente dos direitos humanos, o que tem como contrapartida a recusa do arbítrio e de todos os tipos de autoritarismos. (IAMAMOTO, 2001, pg. 141).

Atualmente, observa-se um considerável crescimento no número de assistentes sociais contratados para atuarem na área da saúde, sendo que esta é uma área com vastas possibilidades de atuação para o serviço social, tais como: realizar atividades de natureza educativa e de apoio pedagógico, voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde-doença; realizar o papel de agente de interação entre os diversos níveis do SUS e as demais políticas

sociais setoriais; propor e executar políticas sociais na área da saúde; realizar ações socioeducativas com o intuito de que pacientes e familiares se percebam como sujeitos de direitos.

3.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Como já foi citado anteriormente, para Vasconcelos (2002), desde o surgimento das duas primeiras escolas de serviço social no Brasil a profissão foi fortemente influenciada pelo movimento de higiene mental, embora “constituindo um fenômeno ainda não identificado pela literatura e historiografia do Serviço Social Brasileiro.” (VASCONCELOS, 2002, pg. 128). O autor ressalta ainda que em 1937 Pacheco e Silva, fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental publica um livro intitulado ‘Serviços Sociais’. “A obra revela explicitamente a inspiração higienista e o papel político dos constituintes paulistas no capítulo sobre serviços sociais da Constituição de 34, sobretudo no artigo 138, que estabelece como obrigatoriedade dos poderes públicos federal, estadual e municipal,

em ação entre si e com os particulares – assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar; estimular a educação eugênica; amparar a maternidade e a infância; socorrer as famílias de prole numerosa; proteger a juventude contra toda forma de exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; adotar medidas legislativas e administrativas a restringir a mortalidade e morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; cuida da higiene mental e incentiva a luta contra os venenos sociais. (PACHECO E SILVA, apud VASCONCELOS, 2002, pg. 144).

De acordo com Vasconcelos, esse trecho do livro de Pacheco e Silva corrobora sua idéia de que o início da profissão de serviço social sofreu influências do movimento de higiene mental.

Pereira (2000, apud RODRIGUES, 2004, pg. 71) salienta que “a atuação do serviço social junto às clínicas de tratamento e hospitais psiquiátricos vem sendo uma das mais tradicionais atividades do serviço social, que se iniciou no Rio de Janeiro na década de 50” e que ainda hoje permanece como uma categoria muito importante na área da saúde mental. No entanto, atualmente o foco das ações do serviço social nessa área não é mais restrito às clínicas de tratamento e hospitais psiquiátricos. Com a reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização, que visa a reinserção do portador de transtornos mentais na família e na comunidade, o papel do assistente social como profissional desta área torna-se ainda mais importante, por ser este um profissional apto a intervir nas diversas realidades existentes, buscando sempre fazer com que os direitos dos usuários sejam cumpridos. Para que o processo de trabalho alcance os objetivos propostos, é interessante que o assistente social esteja sempre inserido em uma equipe multiprofissional, que trabalhe de forma interdisciplinar, sendo esta entendida por Vasconcelos (2002, pg. 47) “como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”.

Dentro dessa relação de interdisciplinaridade, o assistente social deve propiciar ao portador de transtornos mentais a participação no estudo e na conscientização do seu problema e atuar de forma a orientá-lo, auxiliando-o a tomar decisões e a realizá-las de acordo com suas possibilidades.

4 CAMPO DE ESTÁGIO – O CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL

O Centro de Atenção Integral à Saúde Mental é um serviço ambulatorial da Secretária Municipal de Saúde de Araranguá, que presta atendimento às pessoas que sofrem com transtornos psíquicos e seus respectivos familiares.

A missão do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental é construir um modelo integral de assistência à saúde mental, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, buscando através do diagnóstico precoce e tratamento dos transtornos mentais, evitar a hospitalização, a perda do convívio social, as situações incapacitantes, promovendo a qualidade de vida e resgatando o direito à cidadania. E tem como objetivos: promover a assistência integral à saúde mental; estimular o compromisso do setor público com a melhoria da atenção à saúde mental; construir um centro de convivência para usuários, profissionais e estudantes; promover o trabalho em equipe multiprofissional, buscando a interdisciplinaridade e estender o atendimento aos familiares dos pacientes, objetivando conscientização e integração destes em seu meio, através do desenvolvimento permanente do processo de escuta e diálogo.

O Centro de Atenção Integral à Saúde Mental realiza suas ações de acordo com as diretrizes da política de assistência à saúde mental do Estado. Desta forma o Centro possui em seu quadro de funcionários uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental, constituída por: 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 médico psiquiatra, 1 alfabetizador/artesão, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 estagiária de psicologia. Além disto o serviço dispõe de voluntários que realizam atividades de grupos e oficinas de artesanato.

A inclusão dos pacientes no programa acontece de duas formas. Na primeira o paciente passa por uma triagem levando consigo o encaminhamento do clínico geral que atua na sua comunidade. Na outra, o paciente ou algum familiar deve se dirigir ao programa portando documentos de identificação, parecer psiquiátrico ou histórico de internações psiquiátricas. Todos os pacientes passam por avaliação psiquiátrica, e a partir desta a equipe multiprofissional indica qual o tratamento que deve ser realizado pelo paciente, que pode ser:

- Não-intensivo: o paciente freqüenta a unidade até três vezes ao mês, e recebe atendimento individual e/ou em grupo, de acordo com o tratamento prescrito;
- Semi-intensivo: o paciente freqüenta a unidade três vezes por semana e recebe atendimento individual e/ou em grupo, de acordo com o tratamento prescrito;
- Intensivo: o paciente freqüenta a unidade todos os dias no período diurno e participa de um conjunto de atividades diárias individualmente e/ou em grupo.

Em consonância com cada paciente e seu respectivo tratamento, são realizadas as seguintes atividades no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental:

- Triagem – realizada pela estagiária de psicologia, a triagem é o primeiro contato entre a equipe do programa e o paciente. Nesta é realizada uma entrevista onde são colhidos os dados de identificação do paciente e um breve histórico de seu transtorno psíquico;
- Atendimento individual – pode ser realizado pela psicóloga, pela assistente social, ou ainda pela enfermeira, dependendo de cada caso e do tipo de tratamento prescrito;
- Consulta psiquiátrica – todo paciente do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental passa por uma avaliação psiquiátrica, pois é a partir desta e de seu diagnóstico

prévio que a equipe multidisciplinar irá indicar qual o tratamento mais adequado a cada caso;

- Oficinas terapêuticas – são realizadas diversas oficinas, tais como: alfabetização, horta e jardinagem, saúde, trabalhos em biscoito e trabalhos manuais em madeira, entre outras. As oficinas são coordenadas por profissionais do programa e voluntários;
- Terapias de grupo – são realizadas em pequenos grupos, de acordo com os transtornos de cada paciente. É um espaço de troca de experiências onde os pacientes se informam sobre suas doenças e assuntos que emanam do próprio grupo;
- Visitas domiciliares – são realizadas periodicamente pela assistente social e pela enfermeira (em casos de necessidade), aos pacientes de tratamento semi-intensivo e intensivo. As visitas têm como objetivo criar vínculo com os pacientes e suas respectivas famílias, conhecer melhor sua situação domiciliar e comunitária, verificar se o paciente está realizando o tratamento prescrito e orientá-los a respeito de possíveis dúvidas sobre o tratamento e/ou sobre o programa;
- Atendimento à família – o atendimento à família é realizado sempre que ocorre necessidade, seja por parte da equipe técnica, seja por parte da família. Este atendimento pode ser realizado pelo médico psiquiatra, pela assistente social, pela psicóloga, ou ainda por vários profissionais da equipe reunidos;
- Grupos com familiares – são reuniões realizadas com um grupo de familiares dos pacientes, coordenadas pela assistente social e por uma estagiária de psicologia. No grupo são trabalhados assuntos como a responsabilidade da família como cuidadora de seus membros, questões relacionadas às doenças mentais e aos tratamentos indicados, entre outros assuntos que emergem do próprio grupo.

São realizadas, periodicamente reuniões da equipe multiprofissional com a finalidade de avaliar as ações desenvolvidas, discutir e estudar sobre alguns casos elencados, verificar a efetividade dos atendimentos e planejar futuras intervenções. Existem também as atividades que acontecem esporadicamente devido a encaminhamentos de outros programas.

No período em que foi realizado o estágio curricular obrigatório, o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental estava passando por um processo de transição para Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I, o que levou à transferência do programa para outro espaço físico, deixando de fazer parte da Unidade Central de Saúde do município de Araranguá para ter local próprio.

4.1 O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL

O serviço social começa a fazer parte do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental quando este ainda está na sua fase de projeto.

Na instituição o serviço social é constituído apenas por um profissional, e por estagiárias. A assistente social não é exclusiva do programa, cumprindo uma carga horária de 16 horas semanais. Por isto não consegue atender toda a demanda, restringindo-se aos atendimentos emergenciais em detrimento das ações socioeducativas aos pacientes e familiares.

A equipe multiprofissional do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental busca realizar as ações partindo sempre da concepção do paciente como um sujeito de direitos e tem o assistente social como principal profissional no intuito de viabilizar o acesso a esses direitos.

O assistente social, assim como os demais profissionais da instituição, tem autonomia para tomar decisões, entretanto busca-se sempre socializar informações com a equipe, respeitando a ética do sigilo, para que a equipe encontre a melhor solução para cada caso.

O profissional de serviço social da instituição realiza as atividades previstas no calendário e também atende as demandas que surgem como emergenciais no dia-a-dia do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental, tais como: atendimento individual, atendimento em grupo, reuniões com familiares dos pacientes, visitas domiciliares, contatos com instituições e hospitais psiquiátricos, entre outras.

4.2 ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DE ARARANGUÁ

Num primeiro momento foi realizado um estudo referente aos tipos de transtornos mentais, a medicação mais utilizada em cada caso e também no que refere-se à legislação existente sobre saúde mental.

Em outro momento foi realizado um levantamento, através de prontuários médicos, cadastros na farmácia básica e também por meio das autorizações de internação hospitalar – AIH disponibilizadas pela Secretária de Saúde do Município, de pacientes que não faziam parte do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental, mas que apresentavam histórico de transtornos mentais, fazendo uso de psicofármacos e em diversos casos, com episódios de internações psiquiátricas. A partir deste levantamento fomos em busca destes pacientes com o intuito de trazê-los para o programa para que realizassem o tratamento e tivessem o acompanhamento da

equipe multiprofissional, evitando assim, futuras internações e objetivando ainda a reinserção destes pacientes na comunidade.

Periodicamente foram realizadas visitas domiciliares aos pacientes semi – intensivos e intensivos com o objetivo de criar um maior vínculo com os pacientes e seus respectivos familiares e em alguns casos para verificar situações em que o paciente aparentava estar em crise, para posteriormente serem realizados os procedimentos necessários. As visitas eram realizadas ainda com o intuito de verificar se os pacientes estavam realizando o tratamento prescrito e orientá-los a respeito do mesmo e esclarecer possíveis dúvidas.

O atendimento individual foi realizado sempre que houve necessidade, seja por parte do paciente, da família ou da equipe técnica.

Foram realizados estudos socioeconômicos, usados como triagem para o fornecimento de medicamentos que não são fornecidos pela farmácia básica.

Houve também participação nas reuniões com a equipe multiprofissional, onde se discutiu os casos e foram planejadas as futuras intervenções.

Foram realizadas algumas atividades que não estavam previstas, como a realização de visitas domiciliares para verificar casos encaminhados por outros programas existentes no município, ou ainda o contato com hospitais e clínicas para obter informações sobre pacientes ou ainda para realizar possíveis encaminhamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado para a elaboração do presente trabalho proporcionou um aprofundamento teórico sobre a temática no qual foi desenvolvido na prática de estágio curricular obrigatório, resultando em contribuições significativas para formação profissional e crescimento pessoal.

Através do histórico da saúde mental no Brasil foi possível observar o processo pelo qual passou a doença até ser reconhecida como tal, e desta forma tornar-se objeto de estudo de uma especialidade da medicina – a Psiquiatria.

Paralelamente ao reconhecimento dos transtornos mentais como doença está a assistência prestada aos portadores da mesma, que somente na última década foram reconhecidos os direitos dos portadores de transtornos mentais.

Observamos ainda que a assistência à saúde mental, no decorrer da história foi praticamente restrita ao isolamento do paciente de sua família e da comunidade. As práticas terapêuticas tinham como objetivo principal ocupar o tempo ocioso dos pacientes e a contenção da agressividade.

Partindo destes estudos e observações realizados no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental entende-se a importância de uma política de saúde que proporcione integralmente a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais, sendo esta entendida como um conjunto de atividades, serviços e programas desenvolvidos com o objetivo de melhorar a vida de pessoas portadoras de transtornos mentais, e seus familiares.

Tendo como base à experiência de estágio e os estudos aqui realizados, vimos propor sugestões a título de contribuição, para que os objetivos da instituição, que vão ao encontro dos

propostos pela reforma psiquiátrica se concretizem proporcionando de maneira integral a reinserção do portador de transtornos mentais nos diferentes espaços da sociedade.

Sugestões para o serviço social da instituição:

- De acordo com os estudos realizados, é fundamental que se trabalhe a família do portador de transtornos mentais, pois muitas vezes o problema de toda a família está refletindo num único membro. Sendo assim sugerimos que o serviço social realize um trabalho intenso junto a estas famílias, possibilitando que elas percebam a própria importância no tratamento realizado;
- Realização de estudos sociais com o intuito de conhecer o histórico de vida dos pacientes, bem como possibilitar uma maior efetivação dos tratamentos realizados;
- Realização de ações sócio-educativas com familiares e comunidade, proporcionando desta forma a formação de redes de apoio no tratamento dos portadores de transtornos mentais;
- Participação nas oficinas terapêuticas oferecidas pela instituição, como forma de criar maior vínculo com os pacientes e como meio de conhecer como acontece as relações dentro dos pequenos grupo.

Sugestões para a instituição:

- Buscar meios e recursos para que novas oficinas sejam oferecidas. Oficinas que capacitem portadores de transtornos mentais para o mercado de trabalho, ou ainda que busquem parcerias na tentativa de se formar cooperativas sociais, como dispõe a lei nº 9.867 de 10/11/1999 (ver anexo A), que visam a reintegração social dos cidadãos e constituídas com a finalidade de inserir as pessoas com desvantagem social no mercado de trabalho;

- Realizar palestras e cursos de capacitação para os profissionais da saúde e também para familiares e a comunidade em geral, no que diz respeito à saúde mental.

Sugestões para o curso de Serviço social da Universidade Federal de Santa Catarina:

- Que seja proporcionada aos alunos uma maior visibilidade desta temática que se faz tão presente em nossa sociedade nos tempos atuais;
- A criação de um banco de dados com trabalhos realizados sobre o tema “saúde mental” para que futuros acadêmicos possam disponibilizar deste material para pesquisas nesta área.

Salienta-se novamente a importância de estar envolvendo as comunidades neste processo de reabilitação psicossocial e apresenta-se como sugestão um trabalho de vanguarda que já está sendo realizado em vários estados do país, e vem apresentando bom resultado, a terapia comunitária, criada há 15 anos pelo médico psiquiatra Adalberto Barreto. Este ressalta que “a terapia comunitária é uma metodologia que leva a comunidade a uma reflexão sobre seus problemas, buscando soluções. É uma reflexão que prioriza as competências de cada comunidade em detrimento das dificuldades”.²

Ressalta-se ainda a importância da realização do estágio no Centro de Atenção Integral à Saúde Mental de Araranguá para a formação ético - político profissional. A experiência de estar inserido numa equipe multiprofissional proporcionou um significativo conhecimento na área de saúde mental e possibilitou observar a importância do trabalho em equipe.

² Interessados em aprofundar conhecimento sobre o tema ver: <<http://www.londrina.pr.gov.br/noticias/consulta.php>>

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos Pela Vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BARRETO, A.. **Terapia Comunitária**. Disponível em <http://www.londrina.pr.gov.br/noticias/consulta.php>. Acesso em 19 set. 2004

BONASSA, G. D. **A Desospitalização os Impasses da Reintegração Social: Um estudo no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis**. Departamento de Serviço social/UFSC. Florianópolis, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. Legislação Federal. **Lei nº 9.867**, de 10 de novembro de 1999. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Legislação Federal. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Legislação Federal. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003. Disponível em <http://www51.dataprev.gov.br/publique/html>. Acesso em 20 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de assistência à Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de assistência à Saúde. **Portaria nº 145**, de 25 de agosto de 1994. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de assistência à Saúde. **Portaria nº 147**, de 25 de agosto de 1994. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº1.077**, de 24 de agosto de 1999. **Legislação em saúde mental** 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. **Legislação em saúde mental** 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.077**, de 31 de outubro de 2003. Disponível em <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7432.html>. Acesso em 20 set. 2004.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 38**, de 4 de fevereiro de 1993.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e Reforma Sanitária**: Lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.

DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DE OLIVEIRA, M.A . F. ; COLVERO, L. DE A. . **Saúde mental e Família**. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.html> Acesso em 19 ago. 2004.

ESTADO DE SANTA CATARINA, Secretária de Estado da Saúde. **SUS – Sistema Único de Saúde**: Legislação básica. Florianópolis, 2001.

_____, Secretária de Estado da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Política Estadual de Saúde Mental**: Princípios, diretrizes e estratégias. Florianópolis, 2002.

FENILI, R. M. **Desvelando Necessidade Contrária Através da Assistência de Enfermagem ao Cliente Psiquiátrico**. Florianópolis, 1999. (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina).

FERREIRA, F. **Relatório de Estágio Curricular Obrigatório em Serviço social**. Departamento de Serviço social/UFSC. Florianópolis, 2004.

FREIRE, J. C.. **História da Psiquiatria no Brasil**: Um corte ideológico. Rio de Janeiro: Documentário, 1976.

_____. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

IAMAMOTO, M. V. . **O Serviço social na Contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2001.

MARCA, L. A.. **Perfil dos Internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC**. Departamento de Serviço social/UFSC. Florianópolis, 2001.

MATOS, M. C.. **O Debate do Serviço social na Saúde nos Anos 90**. In: Serviço social e Sociedade nº 74. São Paulo, 2003.

NOGUEIRA, R. P.. **O Trabalho em Serviços de Saúde**. In: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projetos Gerais. Brasília: Ministério da Saúde/FNS/SPS, 1995.

RAMOS, K. G. **O Cepon**: A possibilidade de um serviço público de saúde com qualidade. Departamento de Serviço social/ UFSC. Florianópolis, 1998.

REZENDE, A. L. M. de. **Saúde**: Dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1989.

RODRIGUES, J.V.. O serviço social e a Importância da Família Junto ao Trabalho do Portador de Transtorno Mental. Departamento de Serviço social/UFSC. Florianópolis, 2004.

SCALZAVARA, F. **Programa Alta Progressiva**: Uma construção para o processo de reabilitação psicossocial no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis. Departamento de Serviço social/UFSC. Florianópolis, 2004.

SEEMANN, G. **O Serviço social na Área da Saúde**: Contribuições para a reflexão sobre a prática profissional. Departamento de Serviço social/UFSC. Florianópolis, 2001.

TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder**. Senado Federal. Brasília, 1993.

VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço social**: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

WESTPHAL, M.; DE ALMEIDA, E. S. (orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde**: Descentralização/Municipalização do SUS. São Paulo: EDUPS, 2001.

ANEXO A

LEI Nº 9.867, DE 10 DE NOVEMBRO DE 1999.

Publicada no DOU 11/11/1999

Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:

I – a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos; e

II – o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 2º Na denominação e razão social das entidades a que se refere o artigo anterior, é obrigatório o uso da expressão "Cooperativa Social", aplicando-se-lhes todas as normas relativas ao setor em que operarem, desde que compatíveis com os objetivos desta Lei.

Art. 3º Consideram-se pessoas em desvantagem, para os efeitos desta Lei:

I – os deficientes físicos e sensoriais;

II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;

III – os dependentes químicos;

IV – os egressos de prisões;

V – (VETADO)

VI – os condenados a penas alternativas à detenção;

VII – os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

§ 1º (VETADO)

§ 2º As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito a instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de

aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social.

§ 3º A condição de pessoa em desvantagem deve ser atestada por documentação proveniente de órgãos da administração pública, ressalvando-se o direito à privacidade.

Art. 4º O estatuto da Cooperativa Social poderá prever uma ou mais categorias de sócios voluntários, que lhe prestem serviços gratuitamente, e não estejam incluídos na definição de pessoas em desvantagem.

Art. 5º (VETADO)

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de novembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Carlos Dias

Francisco Dornelles

Waldeck Ornelas